

## Ansökan om handikappservice

### 1. DEN SÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Den sökandes namn		Personbeteckning
Adress	Postnummer	
Hemkommun	Telefonnummer	
E-postadress		

Vårdnadshavare eller intressebevakare, namn- och personuppgifter: \_\_\_\_\_

Namn och kontaktuppgifter för annan kontaktperson: \_\_\_\_\_

Uppgifter gällande den som utträttar ärenden, namn- och kontaktuppgifter, e-postadress:

\_\_\_\_\_

Språk för ärendehantering:  finska  svenska  annat, vilket? \_\_\_\_\_

### 2. HANDIKAPPSERVICE SOM SÖKS

Välj en eller flera tjänster

- Bedömning av servicebehov  Ombyggnad av bostad  Personlig assistans
- Specialomsorgsprogram enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda
- Tjänst som beviljas på basis av specialomsorgsprogram, vilken \_\_\_\_\_
- Institutionsservice  Serviceboende  Familjevård
- Effektiverat serviceboende  Stött boende
- Tjänster som stöder rörlighet (färdtjänst söks på en separat blankett)
- Dagverksamhet  Stödrelationsverksamhet  Arbetsträning
- Arbetsverksamhet  Kamratstödsverksamhet  Anpassningsträning
- Socialhandledning  Socialt arbete  Rehabiliteringshandledning
- Andra tjänster \_\_\_\_\_
- Andra tjänster \_\_\_\_\_

### 3. BAUPPGIFTER OM DEN SERVICE SOM SÖKS

Utredning av den service/den stödåtgärd som söks (klientens egen syn på behovet av service)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

På vilket sätt skulle den service som söks hjälpa er att klara er självständigt?

---

---

Får ni service eller ersättning från andra ställen för samma syfte,  nej  ja,

varifrån? Till exempel av försäkringsbolaget. \_\_\_\_\_

Bankförbindelse, till vilken det ekonomiska stöd eller den ekonomiska ersättning, vilket söks betalas (ifall det söks om en ersättning eller en ekonomisk stödåtgärd): \_\_\_\_\_

#### 4. HJÄLPBEHOV SOM FÖRORSAKAS AV HANDIKAPP ELLER SJUKDOM

Diagnoser / andra handikapp och sjukdomar:

---

---

Begränsningar i funktionsförmågan, vilka hänför sig till handikappet /sjukdomen och behoven av hjälp:

---

---

När har funktionsbegränsningen som hänför sig till handikappet eller sjukdomen, lik den nuvarande börjat? \_\_\_\_\_

Hjälpmedel i bruk: Hemma \_\_\_\_\_

utanför hemmet \_\_\_\_\_

#### 5. BAKGRUNDSUPPGIFTER

Boende (med vem bor du, boendeform) \_\_\_\_\_

Eventuell dagvård, skola, eventuella studier eller eventuellt arbete \_\_\_\_\_

Får ni för närvarande tjänster av hemvården?  nej  ja

Andra socialtjänster som används för närvarande \_\_\_\_\_

#### 6. YTTERLIGARE UPPGIFTER

---

---

---

---

Jag ger mitt medgivande till att den anställda som handlägger min ansökan av andra myndigheter och serviceproducenter inom social- och hälsovården kan begära sådana uppgifter som behövs i sammanhang som hänför sig till utredning av behovet av, organiserande och genomförande av service inom stödet för närståendevård.

nej  ja

Klientuppgifterna lagras i kunddatasystemet för Egentliga Finlands välfärdsområde.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Plats och datum

## BILAGOR

- Som bilaga till ansökan ska det finnas ett utlåtande av den offentliga hälsovården (högst ett år gammalt), vilket innehåller en beskrivning av klientens handikapp och funktionsförmåga- (Fråga vid behov om mera information av handikappservicen i Varha)
- Kostnadsberäkning (ombyggnad av bostad, redskap och anordningar som hör till bostad, ändringsarbeten i bil o. dyl.)
- Andra expertutlåtanden

**Blanketten returneras:** Ifall den sökandes kommun är: Nystad, Letala, Vemo, Tövsala, Pyhärinta, Gustavs, Virmo, Nousis eller Masko returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue1@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är: Loimaa, Pöytis, Aura, Oripää, Lundo, S:t Märten, Koskis returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue2@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är: S:t Karins, Pemas eller Sagu returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue3@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är: Kimitoön eller Prgas returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue4@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är: Nädendal, Reso eller Rusko returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue5@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är: Salo eller Somero returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue6@varha.fi | Ifall den sökandes kommun är Abo returneras blanketten på adressen vammaispalvelut-alue7@varha.fi